

Année 1929

THÈSE

N°

112

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre PETIT

Né à Monestiés (Tarn), le 25 Août 1905

La Mort à l'occasion du Coït

Président : M. BALTHAZARD, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1929

T H E S E
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre PETIT

Né à Monestiés (Tarn), le 25 Août 1905

La Mort à l'occasion du Coût

Président: M. BALTHAZARD, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

EDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....

I. — Professeurs.....

Anatomie.....
 Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale....
 Physiologie.....
 Physique médicale.....
 Chimie médicale.....
 Bactériologie.....
 Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....
 Pathologie et Thérapeutique générales.....
 Pathologie médicale.....
 Pathologie chirurgicale.....
 Anatomie pathologique.....
 Histologie.....
 Pharmacologie et matière médicale.....
 Hydrologie et thérapeutique et climatologie.....
 Thérapeutique.....
 Hygiène et médecine préventive.....
 Médecine légale.....
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
 Pathologie expérimentale et comparée.....

Clinique médicale.....

Hygiène et clinique de la première enfance.....
 Clinique des maladies des enfants.....
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
 Clinique des maladies du système nerveux.....
 Clinique des maladies infectieuses.....
 Clinique de la Tuberculose.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....

Clinique urologique.....

Clinique d'accouchements.....

Clinique gynécologique.....
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....
 Clinique thérapeutique médicale.....
 Clinique oto-rhino-laryngologique.....
 Clinique thérapeutique chirurgicale.....
 Clinique propédeutique.....
 Professeur sans chaire.....

M. ROGER

MM.

ROUVIERE
 CUNEO
 ROGER
 STROHL
 DESGREZ
 LEMIERRE
 BRUMPT
 MARCEL LABBE
 N...
 LECENE
 ROUSSY
 CHAMPY
 TIFFENEAU
 M. VILLARET
 LOEPER
 TANON
 BALTHAZARD
 MENÉTRIÉR
 RATHERY
 CARNOT
 BEZANÇON
 ACHARD
 WIDAL
 LEREBOULLET
 NOBECOURT
 H. CLAUDE
 GOUGEROT
 GUILLAIN
 TEISSIER
 Léon BERNARD
 DELBET
 HARTMANN
 LEJARS
 GOSSET
 TERRIEN
 LEGUEU
 COUVELAIRE
 BRINDEAU
 JEANNIN
 J.-L. FAURE
 OMBREDANNE
 VAQUEZ
 SEBILEAU
 Pierre DUVAL
 SERGENT
 BRANCA



II. — Agrégés en exercice

MM.

ABRAMI..... Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE..... Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN.... Pathologie médicale.
 BASSET..... Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN..... Pathologie médicale.
 BINET..... Physiologie.
 BLANCHETIERE... Chimie biologique.
 BROCO..... Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ..... Pathologie médicale.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale.

MM.

CHABROL.... Pathologie médicale.
 CHIRAY..... Pathologie médicale
 CLERC..... Pathologie médicale.
 DEBRE..... Hygiène.
 DOGNON..... Physiologie.
 DONZÉLO..... Pathologie médicale.
 DUVOIR..... Médecine légale.
 ÉCALLE..... Obstétrique.
 FIESSINGER... Pathologie médicale.
 GARNIER..... Pathologie expérimentale.
 GATELLIER... Pathologie chirurgicale.

MM.

GIROUD.....	Histologie
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOYEUX.....	Parasitologie.
LABBE HENRI	Chimie biologique.
LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie
LEROUX.....	Anatomie pathologique
LEVY-SOLAL..	Obstétrique.
LHERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
MERCIER (F.)..	Pharmacologie.
METZGER.....	Obstétrique.

MM.

MONDOR.....	Pathologie chirurgicale
MOURE.....	Pathologie chirurgicale
MULON.....	Histologie.
OBERLING.....	Anatomie pathologique
OLIVIER.....	Anatomie.
PHILIBERT....	Bactériologie.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale
RICHET, Fils..	Physiologie.
SEZARY.....	Dermatologie et syphi- ligraphie.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur).....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VELTER.....	Ophthalmologie.
VERNE.....	Histologie.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

BUSQUET.....	Pharmacologie.
GUENIOT.....	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE ..	Parasitologie
RETTERER	Histologie.
ZIMMERN.....	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique à titre permanent

MM.

ALGLAVE.....	Clinique chirurgicale.
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER....	Clinique obstétricale.

MM.

LERI.....	Clinique médicale.
MOCQUOT.....	Clinique chirurgicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ....	Clinique chirurgicale.

V. — Chargés de cours

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes. Stomatologie. Education physique. Radiologie clinique. Puericulture.
FREY.....	
CHAILLEY-BERT.....	
LEDOUX-LEBARD.....	
WEILL-HALLE.....	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MIENS

Avec toute mon affection.

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BALTHAZARD

Professeur de Médecine légale à la Faculté

Membre de l'Académie de Médecine

Qui a bien voulu nous donner l'idée de
notre thèse et nous a fait le grand
honneur d'en accepter la présidence.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DERVIEUX

Chef de travaux de-médecine légale

En le remerciant d'avoir facilité notre
travail par ses conseils qui nous furent
d'une grande utilité.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIEDELIEVRE

Chef de laboratoire à l'Institut de Médecine légale

Qui a bien voulu diriger^r notre travail
avec une bienveillance dont nous lui
sommes profondément reconnaissant.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE LASNIER

Médecin de l'Hôpital Départemental de la Seine

En le remerciant de son enseignement
et de la bienveillance qu'il n'a cessé
de nous témoigner pendant notre an-
née d'internat dans son service.

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX
DE PARIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX
DE TOULOUSE

AVANT = PROPOS

Il ne s'agit point ici de traduire au grand jour les faits dont s'empare avidement une chronique scandaleuse, ni de décrire avec un luxe de détails et sans avoir peur des mots, ce que d'habitude l'on chuchote sous le manteau. Mon rôle n'est pas de satisfaire une curiosité amusée, mais seulement de rechercher les causes d'un genre particulier de mort, qui sans être trop fréquent, a attiré l'attention d'assez nombreux médecins-légistes et même de praticiens, pour ne pas laisser les autres indifférents.

Le sujet n'est cependant pas de nature à ne pouvoir être accueilli par un sourire, car — parmi tant d'autres — on peut trouver qu'un tel genre de mort n'est pas des plus désagréable. Le pas à franchir de la petite mort à la grande ne semble pas si terrible et certains auteurs ont spirituellement épilogué sur « La Mort Douce ».

Sans nul doute, s'il nous était donné de choisir notre fin, ce mode rallierait bon nombre de suffrages, et pourtant il semble que les désirs de deux amants qui, dans l'ardeur de leur amour, souhaitaient

« Mourir de sa violence et de son excès même »

n'aient point été exaucés, alors que les victimes, elles, ne désiraient probablement pas mourir en magnifiant la vie.

Quoi qu'il en soit, bien des praticiens possédant une longue expérience de la clientèle, ont rencontré au cours de leur carrière un cas de ce genre : appelés dans la nuit, soit par une femme affolée, soit par un tenancier désireux de s'éviter des ennuis de police, ils ont trouvé étendu sur un lit, qui ne devait pas être un lit de deuil, un homme étendu foudroyé. Au cours du coït, il s'était affaissé sur sa partenaire, crachant parfois du sang. Si la mort n'a pas été instantanée, le malade resté dans le coma jusqu'à l'exitus, tous les soins ont été inutiles. Plus rarement, bien plus rarement, il s'agit de la femme morte habituellement dans une crise de dyspnée aiguë.

Le décor change souvent, mais le thème reste le même.

« ...Et la garde qui veille aux barrières du Louvre
N'en défend point nos rois... »

La Légende (mais que ne raconte pas la Légende, et pour ne citer que ce cas) rapporte que le Seigneur de la guerre, Attila lui-même, vécut ses derniers moments dans les bras complaisants d'une blonde captive. Le farouche guerrier se devait une autre fin...

Il a été publié jusqu'à ce jour assez peu d'observations précises sur la mort au cours du coït, mais cela n'implique point sa rareté.

On cite parfois quelques cas... le plus souvent on dissimule les conditions dans lesquelles se sont produit ces décès pour masquer le scandale — tel le fils de Noé cou-

vrant d'un manteau le corps de son père ivre, pour cacher sa déchéance à ceux qui en riaient.

*
* *

Nous laisserons de côté tous les accidents du coït : déchirures, enfoncement du vagin, éclatement du rectum au cours d'un rapprochement anal, qui peuvent entraîner la mort par un processus facile à suivre.

Nous nous occuperons seulement des cas de mort survenus à l'occasion des excitations sexuelles, et du coït et nous essaierons de les expliquer par le seul phénomène d'hypertension artérielle.

Nous aurons donc à prouver en premier lieu que le coït provoque une élévation brusque de la pression sanguine.

Il reste à savoir chez quels sujets et dans quelles conditions cette hypertension peut amener la mort.

Enfin de quelle façon celle-ci survient :

D'abord chez les sujets dont le système vasculaire offre des points de moindre résistance, produits par des lésions antérieures.

Chez ceux ensuite, hypertendus, mais sans lésions vasculaires bien localisées.

Chez ceux enfin au cœur défaillant, qu'ils soient cardiopathes notoires ou simplement hypertendus.

CHAPITRE I

ROLE DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE

La tension artérielle est une force créée par la contraction ventriculaire, entretenue par la réaction de la paroi vasculaire à la distension — élasticité — et réglée par la résistance des vaisseaux périphériques à l'écoulement du sang. Pour qu'elle demeure constante, il faut que soit parfait l'équilibre entre ces trois phénomènes : tension du liquide circulant, distension à laquelle se trouve soumise la paroi artérielle, pression que cette paroi exerce en retour sur le sang. Comment de là, prouver que les rapports sexuels troublent cet équilibre et entraînent de brusques variations de tension, variations fatales à certains ; c'est bien là, la partie la plus difficile et la plus délicate de notre travail. Nous touchons ici à un chapitre de physiologie bien obscur, sur lequel la lumière est loin d'être faite.

Tous les auteurs affirment en termes fort clairs et qui ne laissent point de part au doute, que les rapports sexuels entraînent une brusque variation de pression sanguine : hypertension forte au moment de l'éjaculation et dépres-

sion brusque après celle-ci. Cependant il n'existe point sur ce sujet de données bien précises, ni d'observations exactes ; on en est réduit à ces affirmations, ou plutôt à ces suppositions émises par les cardiologues et physiologistes.

Le problème sans doute ne sera pas élucidé de sitôt de façon vraiment sérieuse et digne de foi, car il reste assez malaisé, pour ne point dire impossible, de mesurer la pression artérielle au cours du coït. On en comprend facilement la raison. Malgré tous les artifices de préparation destinés à rendre le rôle de trouble-fête de l'observateur le plus discret possible, malgré une bonne volonté le plus souvent difficile à obtenir de la part des deux ou tout au moins de l'un des partenaires, il semble que toute chance d'observation précise serait annihilée de leur part à la pensée seule de servir de sujet d'expérience et dans un tel but. On est donc réduit à des suppositions qui pour si vraisemblables qu'elles paraissent, ne sont point scientifiquement vérifiées.

MENDELSON qui en 1896 prit la courbe du pouls au cours du coït, notait dans son tracé, des crochets d'amplitude et de longueur différents du tracé normal, comme au cours d'une insuffisance cardiaque et pouvant signifier une élévation de tension artérielle.

Quoiqu'il en soit, on peut envisager de deux façons le mécanisme de l'hypertension artérielle au cours du coït et des excitations sexuelles.

On a d'abord assimilé le coït à un effort physique, effort plus ou moins violent, plus ou moins prolongé suivant le sujet et les circonstances, mais effort tout de

même et qui comme tel provoque une hypertension passagère. L'hypertension due à l'effort a été vérifiée et il est de notion commune qu'après une course, une fatigue, un effort physique quelconque, on note chez tous les sujets, mais de façon variable : une accélération du rythme respiratoire, de la tachycardie et une hypertension plus ou moins considérable.

Pour ce qui nous intéresse, tous les auteurs ont rapporté la mort au cours de l'effort à une grosse hypertension artérielle. Le mécanisme de l'effort pendant lequel le sang se trouve violemment chassé de la cage thoracique semble disposer à la rupture des vaisseaux de l'encéphale. On a signalé tous les mouvements violents : la colère, le vomissement, une quinte de toux au cours d'une coqueluche, la défécation, les secousses du rire, déjà indiquées par ARETÉE, et sous l'influence desquelles l'apoplexie se manifesta chez le pape LÉON X. Tous les auteurs rapportent que la mort peut survenir au cours du coït par un mécanisme analogue. Parmi eux GINTRAC fait allusion à quelques cas survenus chez des vieillards : accidents qui selon lui surviennent assez fréquemment dans les maisons de prostitution.

Outre l'hémorragie cérébrale, une rupture d'anévrisme, une congestion aiguë des poumons peuvent entraîner la mort au cours de l'effort. On a publié des cas où elle était occasionnée par une cardiopathie traumatique, l'effort ou traumatisme interne étant l'élément pathogénique le plus important auquel il convient d'ajouter un facteur émotif loin d'être négligeable. On peut voir ainsi l'effort provoquer une rupture valvulaire qui pourra en-

traîner la mort en quelques instants. Les lésions antérieures des valvules constituent une circonstance favorable mais nullement nécessaire.

Le sujet en état d'inspiration forcée et déployant en même temps un effort considérable, il en résulte un accroissement brusque de la tension artérielle — dont le rôle sera plus important si le sujet est déjà un hypertendu — qui provoque la rupture des appareils valvulaires ; l'appareil aortique est plus souvent touché. Il en résulte une symptomatologie grave : d'abord une douleur angoissante dans la région précordiale, irradiée dans le dos, le blessé à la sensation que quelque chose vient de se rompre dans sa poitrine. Dans bien des cas, fortement dyspnéique, il perd connaissance et la mort peut se produire en quelques heures par le fait d'une insuffisance cardiaque progressive ou d'une embolie. L'effort que demande le coït n'est ordinairement pas de la grandeur de celui qui amène une rupture valvulaire, mais chez un sujet déjà hypertendu, un aussi grave accident peut se produire ainsi par un effort minime.

On peut enfin envisager l'hypertension due au coït provoquée par un état spécial d'éréthisme nerveux, état que le coït semble bien engendrer. Cette hypertonie sympathique, comparable à celle qui succède à de violentes émotions — deuils, colère, chagrins d'amour — se traduirait par de la tachycardie et une hypertension légère.

Sans être tout à fait démonstratives, ces deux hypothèses sont cependant assez vraisemblables pour qu'on puisse en tenir compte. Toutefois de ces deux causes : effort

physique d'une part, de l'autre hypersympathicotonie, il ne faut point accepter celle-ci et rejeter celle-là. Toutes les deux interviennent : agissant séparément leurs effets s'ajoutent et le taux de l'hypertension sera légèrement accru.

CHAPITRE II

LE ROLE DE L'AGE ET DES CONDITIONS PHYSIOLOGIQUES DU MOMENT

Il ne faut point déduire de là que l'hypertension légère paraissant toujours provoquée par le coït chez un adulte normal, puisse amener souvent un aussi fâcheux accident; une pareille rançon serait trop cruelle. Le coït reste avant tout un acte physiologique et l'équilibre de l'individu n'en est pas normalement troublé. Pour que la mort puisse résulter d'un rapport sexuel il faut ajouter nécessairement quelques causes prédisposantes .

C'est une éventualité que ne doivent généralement pas envisager les jeunes gens et les adultes — même petits hypertendus — mais à la tonicité artérielle conservée et au système vasculaire habituellement indemne de toute lésion. C'est surtout vers le déclin de la vie génitale, dans la dernière partie de la vie que l'on observera des accidents de ce genre. DURAND-FARDEL signale les risques de rupture vasculaire qu'entraînent toutes les distractions érotiques chez les vieillards. Il parle non seulement de l'acte sexuel, mais des simulacres trop souvent employés

pour provoquer des ombres d'émotions tout aussi funestes qu'une réalité désormais impossible.

Dans la majorité des observations, la mort frappe surtout des hommes âgés. Le coût demandant alors un effort plus grand, une fatigue prolongée et les artères étant moins élastiques, il se peut que la pression artérielle s'élève davantage que dans l'âge adulte.

Mais la prédisposition capitale est constituée par un état antérieur déficient de l'appareil cardio-vasculaire. A cet âge, nous trouvons plus fréquemment des sujets porteurs de lésions d'artérite, des hypertendus, des artérioscléreux, des athéromateux, chez qui une subite élévation de la pression sanguine suffira pour amener la mort.

Puisqu'on a assimilé l'hypertension du coût à une hypertension d'effort, on note que l'effort entraîne bien plus souvent la mort chez le vieillard que chez l'adulte. GUMPRECHT rapporte qu'on signale très rarement dans les ouvrages vétérinaires, la mort par suite d'effort chez les animaux à vie relativement courte, dont le système vasculaire non touché par l'artériosclérose est comparable à celui des jeunes gens et des adultes. Il reste donc que l'âge ou plutôt les altérations cardio-vasculaires plus fréquentes à un âge plus avancé prédisposent à la mort, que détermine l'hypertension due au coût.

Il est aussi à noter que dans presque tous les cas de mort à l'occasion du coût, on rapporte qu'auparavant le sujet avait bu et mangé plus que de coutume. Pléthorique et hypertendu, il ne dédaignait pas les plaisirs de la table, il ne les avait jamais méprisés pendant sa vie, il en usait encore largement et à l'âge où il était parvenu, il

trouvait en eux un stimulant appréciable pour affronter les jeux de l'amour. Souvent aussi cet état d'euphorie consécutif à un bon repas, qui lui était presque nécessaire pour pouvoir conserver jusqu'au bout une réputation intacte de bon vivant, le faisait s'illusionner sur ses propres forces.

La congestion plus grande de tous les organes qui marque une digestion plus difficile, accompagnée de cette hyperexcitabilité puisée dans les vins généreux, n'est pas sans influencer sur le taux de l'hypertension qui accompagne une excitation sexuelle. Le système cardio-vasculaire du sujet ne résiste pas à pareille attaque et c'est pourquoi on cite que bien souvent, après une soirée commencée devant une table bien servie, la mort le surprendra dans des bras de rencontre.

Enfin parmi ces cas de mort à l'occasion du coït, on cite peu de femmes : le coït les laissant en général peut-être plus passives que leurs partenaires, elles ont en outre leur système circulatoire moins altéré que celui des hommes, moins atteint par l'artério-sclérose.

CHAPITRE III

LA MORT PAR RUPTURE D'UN VAISSEAU

A l'occasion d'un coût la mort survient chez des sujets à déficience cardio-vasculaire. Le cas le plus simple est de prendre un sujet dont le système artériel présente des points de moindre résistance. Une canalisation soumise brusquement à une pression supérieure à celle qu'elle devrait normalement supporter risque de se rompre. C'est ce qui arrive dans ce réseau d'irrigation artériel si fragile en somme. L'artère cèdera au niveau des points où la paroi est moins épaisse, moins résistante, moins élastique et incapable de se contracter sous l'onde sanguine qui dilate ses tuniques. C'est le cas le plus fréquent : l'artère se rompt au niveau d'un anévrisme où la paroi modifiée, cartonnée, ne pouvait plus contenir le flot, elle se rompt au niveau d'une plaque d'athérome où la paroi a perdu toute élasticité. Le barrage a cédé en son point faible. Le mécanisme de cette rupture est facile à suivre. Le sujet était en effet porteur de lésions bien localisées, bien parcellées de son système artériel. Ces zones faibles, ces zones

d'appel devaient nécessairement rompre en premier lieu sous une poussée sanguine trop forte.

Mais quelquefois plus rarement il est vrai, un examen plus approfondi est nécessaire pour mettre en valeur la lésion minime qui a causé la mort; le point faible de la paroi artérielle. Ici plus que jamais « la mort est le signe révélateur unique d'une lésion jusque-là ignorée du sujet et de son entourage ».

Chez des sujets jeunes apparemment indemnes de toute affection, l'aorte peut se rompre au cours d'un effort, d'une poussée brusque d'hypertension. Au niveau de la rupture on trouve des lésions histologiques fines dans les parois des vaisseaux, nettes dans certains cas, peu marquées dans d'autres. Le microscope montre toujours, a dit LETULLE, la même altération. En des points circonscrits cette « artérite scléro-atrophique » est généralisée à toute l'épaisseur du vaisseau. Les fibres élastiques disparaissant, les ilots d'atrophie élastique déterminent la lésion décrite sous le nom « d'état moiré ». La périartère lésée elle aussi, forme des encoches fibro-vasculaires qui diminuent la résistance, et montre des signes d'irritation avec infiltration de leucocytes, paraissant relever de la Syphilis. Ces lésions, ces points faibles de la paroi ne semblent pas relever d'une autre affection que la syphilis bien que le tréponème de Schaudinn n'ait pas été constaté. Mais un examen attentif décèle encore la présence d'altérations dans d'autres organes : cœur, poumon, rein qui confirment le diagnostic de syphilis et expliquent le mécanisme de la mort.

Dans 2 observations citées par M. LETULLE et M. BAL-

THAZARD, il existait au niveau du péricarde et de l'appareil respiratoire dans l'une, au niveau du rein dans l'autre, des lésions indiscutables de syphilis viscérale.

Au cours d'un coït, d'un excès sexuel, la tension artérielle s'est élevée brusquement et la rupture s'est produite au niveau d'une grosse artère, surtout au niveau de l'aorte. Le sang violemment chassé par une contraction myocardique ventriculaire plus énergique a agi avec plus de force sur les parois altérées de l'aorte tiraillée par une brusque contraction du diaphragme ; l'artère a cédé et la mort est survenue brutalement. Le malade s'est affaissé, souvent sans un cri. Rejetant parfois des flots de sang par la bouche, si l'anévrisme de l'aorte s'est rompu dans l'œsophage, le plus souvent avec les gros signes d'une hémorragie interne, il est mort en quelques instants.

Mais cette altération des parois artérielles : anévrisme, athérome, artérite scléro-atrophique, était le résultat d'une infection exogène antérieure. Le sujet pouvait être un syphilitique, quelquefois un paludéen, quoique le fait soit discutable. Ou bien dans ses antécédents, on a trouvé une maladie infectieuse, une intoxication telle que l'alcoolisme.

En un mot l'artère ne s'est rompue qu'au point précis, où elle avait été touchée, fragilisée par une infection antérieure.

*
**

Souvent à l'autopsie, pas de rupture d'anévrisme, seulement dans le cerveau un épanchement sanguin de

volume variable. La cause n'a pas changé, cette fois aussi l'arbre artériel a cédé sous le coup d'une brusque élévation de tension. Il n'a pas cédé au niveau des grosses artères à tuniques épaisses, mais au niveau des artérioles à parois très minces et là encore il y a eu des points d'élection. Résistantes quand elles sont engainées dans de solides muscles ou des aponévroses, ces artérioles se rompent plus facilement au niveau d'organes fragiles comme les séreuses, comme les muqueuses, le cerveau. Nous avons alors une hémorragie cérébrale.

Au cours du coït le sujet tombé brusquement dans le coma est mort en quelques instants. C'est presque toujours la même minime artériole située en pleine substance cérébrale qui s'est rompue. CHARCOT l'appelait « artère de l'hémorragie cérébrale » et la compression brusque par le sang de centres aussi délicats a suffi pour amener un brutal dénouement.

Quelquefois le coït n'a pas amené la mort, mais des accidents graves se sont produits par le même mécanisme. WAGERMAN et KERN entre autres, citent plusieurs cas de cécité à l'occasion d'un coït par rupture des artères centrales de la rétine.

Cette fois les antécédents du sujet apprennent qu'ils étaient déjà hypertendus, donc particulièrement prédisposés à ce genre d'accidents. Leur hypertension permanente a été la cause prédisposante et l'hypertension passagère due au coït a déterminé la rupture fatale.

Dans toute élévation de tension survient dans une première période de son évolution une hypertension passagère appelée par LECLERCQ, hypertension régionale. Elle

est caractérisée par un angiospasme, écho du processus hypertensif. L'authenticité de ce spasme ne peut être mis en doute puisque tous les vaso-dilatateurs sont capables de rétablir avec le calibre du vaisseau la fonction éclip-sée. Dans cette période les accidents sont redoutables, car à cette phase appartiennent les hémorragies, résultant des coups de béliet répétés de la colonne sanguine sur le vaisseau artériel rétréci, par suite d'une vraie striction spasmodique comme si un lien étreignait l'artère. Ajoutons à cela que notre hypertendu est le plus souvent un artérioscléreux : aux artères privées de leurs deux principales fonctions : élasticité et contractilité, de par la transformation fibreuse qu'elles subissent.

La canalisation subit déjà une pression trop forte, elle essaie de résister. Un copieux repas, d'abondantes libations, une excitation génésique plus longtemps prolongée vont entraîner un éréthisme nerveux, une hypertonie sympathique qui ne font que l'accroître. Le coup qui suit donne d'un coup plus de force encore à cette poussée sanguine : l'artère de l'hémorragie cérébrale ne peut plus lutter. Sa tunique moyenne altérée par le processus de sclérose, elle se laisse distendre, elle se rompt ; nous connaissons le dénouement.

Parmi nos malades déjà hypertendus, on a pu rapporter leur hypertension à une maladie ou intoxication antérieure. Ou ainsi parlé d'hypertensions secondaires parce que dues aux toxi infections variées.

En tête de celles-ci on peut classer la syphilis. Elle est hypotensive par elle-même, mais elle présente une affinité toute particulière pour l'aorte, le système artériel

et le rein ; ses lésions qui se répartissent au hasard des localisations peuvent provoquer ainsi de la surtension et LIAN a pu dire que la syphilis reste un élément important de la grande et de la moyenne hypertension de l'adulte. Parmi tant d'autres affections le même raisonnement semble valable pour la scarlatine qui peut donner, après la maladie, une hypertension durable, résultant d'une altération artério-capillaire du rein. L'intoxication par l'alcoolisme peut causer une hypertension permanente et le professeur LIAN, dans une statistique récente, a trouvé 25 % d'hypertendus chez les grands buveurs ; il est vrai que ceux-ci n'étaient pas indemnes de toute autre lésion. Mais même chez les petits buveurs, l'alcool provoque un état d'hyperexcitabilité sympathique qui s'accompagne d'une hypertension appréciable. Enfin l'athérome sénile qui reste le résumé le plus concret de toutes les intoxications par les poisons de la vie est souvent suivi d'hypertension surtout si on note des lésions rénales.

Souvent la cause de cette hypertension a semblé moins manifeste et on a été amené à parler d'hypertensions primitives ou essentielles.

Dans ce groupe entre la grande lignée des maladies hypertensives par elles-mêmes, et nos malades seront par ordre pathologique : des goutteux, des diabétiques et des obèses. Si certains auteurs établissent pour ces derniers une relation par trop absolue entre le taux de la pression et le nombre de kilogs, il est permis de penser que l'obésité, tout au moins, l'alimentation surabondante et la prédisposition de l'organisme qui y conduisent, est susceptible de jouer un rôle dans l'apparition de l'hyper-

tension. Et si l'obèse dont Henri BÉRAUD nous a si spirituellement conté le martyre avait enfin pris sa récompense, peut-être n'aurait-il pas survécu à son excès de bonheur...

Puis viennent les malades à hérédité artérielle, ceux que VOHLARD dénomme « les hypertendus rouges » et dont on a pu dire sans que cela explique grand chose, qu'ils avaient les dents agacées parce que leurs parents avaient mangé des raisins verts.

Il convient d'ajouter à eux les sympathicotoniques, c'est-à-dire, les malades dont le souci des affaires, les grandes émotions comme aussi les jouissances de la vie ont tendu le système sympathico artériel pour l'adapter à l'existence nouvelle qu'ils se sont créée. Chez beaucoup de ceux-là la colonne sanguine toujours vibrante met à dure épreuve le système vasculaire et le coût leur procure une sensation d'angoisse inexprimable, dernier avertissement des tuniques artérielles prêtes à rompre.

Enfin et bien que ce dernier cas joue plutôt le rôle de coïncidence que de facteur étiologique, il nous faut tenir compte de l'âge des malades. Cet âge critique des hommes — que LIAN a qualifié du joli nom d'automnose — varie, suivant les sujets, entre 50 et 70 ans. L'hypertension en reste l'élément pathologique fondamental car les sujets ayant atteint la cinquantaine présentant la plupart du temps une pression artérielle supérieure à celle des hommes de 30 ans. Cette automnose est quasi constante et bien peu d'organismes échappent à ses atteintes ; après un examen minutieux, on ne décèle pas d'autres troubles appréciables que ces trois ordres d'accidents :

Hypertension, néphrosclérose, artériosclérose qui ne sont autre, s'il est permis de reprendre le vieux mot de diathèse que la traduction, la manifestation de la diathèse de la cinquantaine.

CHAPITRE IV

LA MORT PAR DILATATION DU VENTRICULE DROIT

Qu'il s'agisse de rupture d'anévrisme ou d'hémorragie cérébrale, nous avons vu jusqu'ici la mort survenir par rupture du système artériel ; mais l'hypertension provoquée par un rapport sexuel peut amener la mort d'une façon très différente.

Ici les tuniques artérielles ont résisté à la poussée sanguine, il n'y a pas eu de fuite dans la canalisation, mais pour cette raison même le niveau a monté dans le réservoir. Le cœur s'est laissé dilater, le sang y affluant toujours, la circulation de retour n'a pu se faire et la mort est survenue dans une crise d'œdème pulmonaire aigu avec congestion intense de tous les organes.

On peut, semble-t-il, expliquer de cette façon la mort de sujets dont l'autopsie n'a montré d'autre lésion qu'une congestion extrême des poumons.

Les plus prédisposés à ce genre de mort seront on le comprend facilement, les cardiopathes à lésions orificielles, à cœur dilaté ou dilatable, dont la tonicité est forcée. Plusieurs praticiens rapportent que dans leur clientèle :

des femmes le plus souvent, porteuses de rétrécissement mitral se plaignaient de faire au moment du coït de petites crises d'œdème aigu avec dyspnée légère et crachats striés de sang.

Mais ici aussi nous trouvons que l'hypertension permanente agit comme cause prédisposante.

Pendant une longue période, l'hypertendu, homme de la cinquantaine le plus souvent, lutte contre la sclérose myocardique, rénale, et son cœur assez bien compensé travaille à plein rendement. Quelques années plus tard des signes de fléchissement myocardique commencent à se faire jour. D'abord des extra-systoles viennent couper le rythme jusque-là régulier et sont l'indice précoce d'une distention première du cœur. On voit apparaître ensuite une arythmie transitoire ou persistante. Peu à peu survient de la dyspnée, discrète d'abord, mais qui s'intensifie de plus en plus à mesure que la dilatation du cœur s'accroît. Le malade s'aperçoit que ses crachats sont saumonés. Et bientôt tel les angineux qui craignent le coït pour les petites crises d'angine de poitrine qu'il provoque, c'est au cours du coït, de sa poussée d'hypertension qu'éclate l'accès si dramatique.

Le malade est pris d'un accès de dyspnée avec douleur angoissante, transfixiante, dans la région précordiale, irradiée dans le dos. A l'accès cardiaque suit bien vite l'accès pulmonaire. Sous la soudaine poussée sanguine, le cœur se distend, mais la distension s'arrête quand elle a franchi la limite que lui permet la force d'élasticité de la fibre cardiaque ; à la distension active suit la dilatation passive, à la douleur angoreuse fait place la dyspnée

paroxystique, l'œdème aigu pulmonaire. La mort survient bientôt d'une façon foudroyante, par suite de l'irruption d'une masse de sang dans les champs pulmonaires et des phénomènes vaso-constricteurs qui en résultent. Forme broncho-plégique sur laquelle HUCHARD a insisté. Tantôt la douleur atroce cesse, mais à sa place monte un flot de râles et de mucosités qui étouffent le malade. Il meurt bientôt dans le collapsus cardiaque.

Et en 1873 VERNET dans sa thèse déclarait que bien souvent « les malades chez qui on a constaté une défaillance
« cardiaque, restent sourds et indociles aux conseils du
« médecin dont ils trouvent la morale trop sévère et peu
« accommodante avec les habitudes d'une vie agitée. Chez
« eux les excès vénériens qui dépensent une grande somme
« d'influx nerveux et déterminent une surexcitation
« momentanée et anormale dans les contractions du
« cœur, sont promptement suivis d'une période plus ou
« moins longue de collapsus dont la mort subite peut
« être la conséquence. Telle fut la triste fin du Régent qui
« vieux encore n'avait su rompre avec les vices d'une jeunesse orageuse ».

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

MORGAGNI cite plusieurs exemples de morts soudaines au cours des rapports sexuels et dans des lieux qui autorisaient tout soupçon. Le plus souvent des hommes succombaient. Il cite cependant une femme dont la mort fut occasionnée par la rupture d'un anévrisme de l'aorte.

TOURDES dit avoir fait l'autopsie d'un homme de 50 ans mort dans ces conditions par suite de congestion pulmonaire et affection chronique du cœur.

Il existe peu d'observations détaillées de mort à l'occasion du coït, nous nous excusons d'en citer tout d'abord deux qui sont bien incomplètes.

Observation de Davezac dans Thoinot. Précis de médecine légale.

Homme de 40 ans. Il va chez une fille publique et il a un rapport avec elle. Au moment où le coït se termine, il s'affaise sur la fille, mort.

A l'autopsie on trouve une rupture d'anévrisme de l'aorte thoracique avec 300 grammes de sang dans le péricarde.

Observation de Brouardel dans Mort et Mort subite. Observation 153. Mort subite par emphysème pulmonaire. Cité par VERNET dans sa thèse, 1873.

Femme de 47 ans. Après avoir fait un souper copieux avec son amant, elle passe la soirée à rire puis se couche avec lui. Durant l'acte du coït elle se jette à bas du lit et demande du secours. Son amant part chercher un médecin. A son retour il trouve la femme morte, étendue sur le sol, la tête contre le lit.

A l'autopsie on trouve outre les altérations résultant d'une congestion séreuse des poumons, un emphysème général.

Observation de Gumprecht dans Deutsche Medicinische Wochenschrift 1899.

Mme X, âgée de 32 ans est depuis plusieurs mois abandonnée de son mari, elle entretenait depuis 2 mois des relations avec M. Y âgé de 22 ans. Ils se voyaient une à deux fois par semaine. Mme X désirait beaucoup l'acte sexuel mais cela la fatiguait et Y remarquait souvent chez elle de la dyspnée après le coït. Ils ne s'étaient pas vu depuis huit jours, car elle souffrait de coliques, mais elle ne pouvait supporter plus longtemps la séparation. Après qu'ils eurent dîné copieusement, ils se couchèrent et le rapport sexuel eut lieu vers 11 heures et quart. Puis Y se retira dans une pièce voisine pour dormir. Un quart d'heure plus tard il s'entendit appeler d'une voix indistincte par Mme X. Il se leva pour lui porter secours et il remarqua qu'elle avait vomi. Celle-ci, lui dit se sentir souffrante, et lui demanda de lui amener son enfant de 4 ans qui dormait dans la salle à manger. Il courut de suite chercher un médecin qu'il ne put rencontrer. Lorsqu'il revint, elle lui réclama de l'eau qu'il lui donna. Puis il se coucha ne se rendant pas compte de la gravité de la situation. Le lendemain à 7 heures il se réveilla et trouva à sa

grande terreur un cadavre froid et raide dans la chambre voisine.

L'autopsie faite, on donna comme cause de la mort, un hématome gros comme une noix dans la protubérance.

Tête : Les méninges un peu tendues par du liquide clair et incolore. Les circonvolutions égales des deux côtés. On trouve du sang liquide dans les ventricules latéraux. Le quatrième ventricule est plein de sang ainsi que le sillon qui part du pédoncule droit. Dans la partie dorsale de la protubérance un gros caillot de sang. Du sang encore dans le côté droit du cerveau. Le cervelet est pâle, un peu graisseux à bord mince.

Cavité thoracique : Péricarde un peu dilaté, à l'intérieur, un liquide blanc et clair. De légères taches blanchâtres sur les piliers de la tricuspide et à l'orifice aortique. Le myocarde en bon état.

Les plèvres légèrement adhérentes par endroits.

Les poumons peu colorés.

Cavité abdominale : Intestin coloré en rouge clair avec quelques adhérences.

La trompe gauche adhère à la surface du ligament large. La trompe droite à la paroi postéro-latérale de l'utérus. A l'ouverture de l'ampoule du pus jaune et inodore s'écoule.

L'ovaire droit est gros, relié étroitement au ligament large, à l'intérieur plusieurs kystes. La muqueuse utérine est légèrement recouverte de pus.

Observation de Dervieux dans Annales médico-légales 1923.

Le dimanche 8 septembre un sieur G..., âgé de 50 ans retrouvant une maîtresse qu'il avait quitté depuis 3 ans, acceptait après un dîner pris en commun de partager la chambre de celle qu'il venait de retrouver. Vers 4 heures du matin alors qu'il était en train d'accomplir un coït normal, il poussa un cri aigu et se plaignit d'éprouver un mal de tête violent. Il se mit à gesticuler, à tenir des propos incohérents ; à

maintes reprises il tenta de se lever mais comme il lui était impossible de se tenir debout, il faisait chaque fois des chutes sur le plancher.

L'agitation de G... augmentant celui-ci fut le lundi 9 vers 16 heures transporté à l'hôpital. Le malade, qui portait des excoriations à la face fut admis dans un service de chirurgie, mais comme ses blessures n'étaient que très superficielles, il fut le mardi 10, passé dans un service de médecine où il mourut le mercredi 11 à 3 heures 30 du matin.

La mort ayant paru suspecte au Parquet, l'autopsie fut ordonnée et elle donna les résultats suivants :

Examen du cadavre : La putréfaction n'est pas commencée. Des plaques parcheminées et des excoriations superficielles parsèment la face, plus particulièrement sur la pommette gauche et sur le nez. On en trouve également quelques-unes sur les jambes.

Ouverture du corps. — Tête : Quelques ecchymoses sous le cuir chevelu dans la région pariétale. Une petite quantité de sang est épanchée entre la dure-mère et la pie-mère. Les ventricules latéraux sont très dilatés par du liquide céphalo-rachidien légèrement teinté de sang. Dans le troisième ventricule apparaît un gros caillot faisant hernie à l'extérieur de l'aqueduc de Sylvius, lui-même distendu par du sang coagulé. Le quatrième ventricule est rempli par un caillot et en outre ses parois sont dilacérées de telle sorte que les deux lobes du cervelet à peu près complètement détruits ne forment plus qu'un gros hématome.

Des coupes montrent qu'un autre foyer hémorragique récent se trouve dans le lobe occipital gauche. Les artères de la base sont béantes.

Thorax : Les deux poumons sont adhérents et leurs lobes inférieurs gorgés de spume d'œdème. Le poumon gauche a le sommet farci de tubercules en évolution. Les ganglions trachéo-bronchiques sont très gros et plusieurs d'entre eux sont caséux.

Le cœur est gros, flasque, surchargé de graisse, couvert de plaques laiteuses surtout dans la région du ventricule

droit. Des plaques calcaires parsèment la naissance de l'aorte qui en est pavée sur toute sa longueur.

Abdomen : L'estomac est vide et l'intestin ne présente rien de particulier. La rate semble normale. Le foie pèse 2.090 grammes et est cirrhotique. Les reins sont gros un peu décolorés mais leur substance corticale ne semble pas diminuée d'épaisseur.

Observation inédite due à l'obligeance de M. Dervieux

Un nègre B. âgé de 26 ans, habitait dans une remise avec sept marocains. Dans cette sorte de dortoir, chacun avait un lit.

B. rentra de son travail de nuit un matin vers 6 heures. Il était encore couché quand à 10 heures une femme est venue le voir. Cette prostituée, connue sous le nom de Nana, qui avait B. comme client habituel, déposa sa bicyclette au pied du lit et se coucha près de son ami sans se déshabiller. Elle venait faire ses adieux car elle quittait Paris. B. se mit à sangloter, caressa la femme et voulut accomplir le coït. La femme refusa sous prétexte qu'elle n'avait pas le temps.

La prostituée qui avait depuis huit mois des relations régulières avec B. deux ou trois fois par semaine, a déclaré que son amant n'avait jamais d'érection absolument complète. Elle a ajouté que, ce jour-là précisément, elle avait été surprise de constater que la verge de B. était très dure. Elle a masturbé B. mais sans aller jusqu'à obtenir l'éjaculation. Selon sa propre expression, elle s'est défendue « de l'avoir fait jouir d'aucune manière ».

La femme est restée couchée avec B. pendant dix minutes ou un quart d'heure et elle est partie sans avoir rien remarqué de particulier.

B. est resté dans son lit sans bouger. Vers 11 heures, comme on voulait le faire lever pour faire le ménage, on a constaté qu'il était mort, un peu refroidi et en rigidité.

Examen du cadavre : Corps bien constitué, très musclé

d'un homme ayant 1 mètre 75 de taille. Aucune trace de violences. Rien de particulier aux organes génitaux : la verge est seulement, comme longueur, de dimension très au-dessus de la moyenne.

Autopsie : *Tête* : rien d'anormal.

Thorax : Poumons avec un peu de spume d'œdème agonique.

Cœur normal.

L'aorte porte une perforation arrondie de trois millimètres de diamètre dans sa partie intra-péricardique, tout à fait à sa naissance, au dessus de la valvule sigmoïde la plus interne. Des coupes ont montré que la rupture s'était faite au niveau d'une gomme syphilitique. Le péricarde est distendu par un gros épanchement de 500 centimètres cubes (gros caillot cruorique et sang liquide).

Abdomen : Estomac contenant de la bouillie alimentaire.

Intestin et rate : rien à signaler.

Foie : gros.

Reins avec une substance corticale périphérique peu épaisse.

Analyse du sang : Aucune trace d'alcool.

CHAPITRE VI

INTERET MEDICO-LEGAL.

Il importe de connaître la possibilité de morts subites à l'occasion du coït et des excitations sexuelles, et les conditions dans lesquelles elles peuvent se produire. Il peut s'agir d'un coït normal pratique dans un lieu strictement privé avec une partenaire au-dessus de tout soupçon. Mais on peut se trouver en présence d'un cas de mort, qui a suivi un coït ou une excitation sexuelle quelconque, survenu dans un lieu suspect et bien souvent après ou même pendant une période d'hyperexcitation d'origine alcoolique.

En effet étant donné ces circonstances il s'agit, au sens médico-legal du mot, de morts subites, se produisant chez des sujets apparemment bien portants, et par là même suspects. Le sujet faisait preuve à cette période de sa vie d'une activité plus grande, activité qui s'allie fort bien d'ailleurs avec une hypertension permanente ; en outre les conditions dans lesquelles il a trouvé la mort pouvaient faire illusion sur son état général.

Le Parquet s'inquiète et demande l'autopsie qui, ainsi que nous l'avons vu montre en réalité une mort de cause absolument banale, en dehors de circonstances spéciales, du lieu où elle s'est produite, qui, a priori, pouvait paraître suspecte au magistrat instructeur.

On comprend en effet que pour un esprit non averti, il puisse y avoir suspicion de crime. Le sujet est mort auprès d'une amie, d'une maîtresse qui pouvait avoir intérêt à une telle disparition. Il est mort généralement après avoir mangé et bu, d'une façon plus que normale, ce qui peut faire naître l'idée d'un empoisonnement. Toutes causes de mort, rapidement éliminées par l'autopsie.

Enfin il pourrait être intéressant de pouvoir préciser par l'examen anatomique si le coït a été réellement pratiqué, ou si le sujet est mort au cours d'une excitation sexuelle quelconque avant que l'éjaculation ait eu lieu.

La verge turgide avant l'éjaculation devient flaccide après l'émission du sperme. Cette ampliation des organes érectiles avec rigidité et dureté est due à la réplétion sanguine causée par la dilatation des artères afférentes sous l'influence des nerfs érecteurs vaso-dilatateurs. Cette vasodilatation est produite par l'excitation cutanée de la muqueuse génitale, des papilles nerveuses du gland, transmise par le nerf dorsal de la verge au centre de l'érection dans la moelle lombo-sacrée.

Il est facile de constater qu'au moment de l'érection le pénis est gorgé de sang. Sur un chien en érection on lie la verge au niveau de sa base; elle reste turgide jusqu'au moment où en l'incisant on fait jaillir un flot

de sang. Telle est l'expérience que fit autrefois en 1685, RÉGNIER DE GRAAF. Depuis cette époque aucun physiologiste n'a songé à attribuer l'érection à un mécanisme autre que l'accumulation du sang dans les mailles du tissu érectile. D'ailleurs bien des fois dans tous les amphithéâtres d'anatomie on a fait, si l'on peut dire, la contre-épreuve : En injectant la honteuse interne d'un cadavre on a aussitôt une brusque érection de la verge. Il semble difficile de prouver par l'état de la verge après la mort si le coït a été ou non accompli. Toutefois dans un cas qui nous a été rapporté la mort était survenue au cours d'une excitation sexuelle. La verge était encore en érection au moment de l'autopsie qui a seulement montré une congestion intense des poumons. Il se peut dans ce cas, que la mort ait précédé l'éjaculation. La verge est restée turgide car tous les organes étaient congestionnés et la circulation de retour n'a pu se faire.

La présence du sperme dans l'urèthre des cadavres, et même, au point où sur la cuisse repose le gland, n'est pas un argument en faveur d'un coït accompli. Ce phénomène attribué au relâchement sphinctérien est en effet très fréquent et le genre de mort ne l'influe en rien. DERVIEUX qui a fait sur ce point l'étude la plus complète a trouvé que sur 180 cadavres pris en série, 83 seulement ne présentaient pas de sperme dans l'urèthre.

Autant de questions qui peuvent être posées au médecin-expert, car le diagnostic post-mortem est souvent demandé. Ces cas de mort subite doivent être éclaircis et il importe de savoir si la mort est une mort naturelle ou si tel ou tel événement n'y a point pris une part quelconque. Au

point de vue médico-légal la connaissance de ces faits est importante puisqu'elle permet de rapporter la mort subite à sa vraie cause et en éliminant d'autres de dégager ainsi certaines responsabilités.

CONCLUSIONS

I. — La mort à l'occasion du coït reste un accident heureusement rare.

Elle paraît due à une subite élévation de la pression artérielle : que l'origine de cette hypertension soit l'effort que le coït provoque ou l'état d'hypertonie sympathique, d'hyper-émotivité qu'il engendre.

II. — L'hypertension artérielle due au coït n'est que la cause déterminante de la mort qui survient habituellement dans la dernière partie de la vie, au déclin de la vie génitale.

La prédisposition capitale est la déficience du système cardio-vasculaire qui, à cet âge critique est dans un état de moindre résistance pour lutter efficacement contre une élévation brusque de la pression sanguine.

III. — La mort survient à l'occasion du coït soit parce que l'hypertension provoque une rupture artérielle fatale : au niveau d'une lésion localisée de la paroi artérielle, de l'aorte le plus souvent.

ou au niveau d'un point normalement fragile de l'arbre artériel, chez des sujets déjà hypertendus — que leur

hypertension soit essentielle, ou qu'elle succède à un processus infectieux — et on a une hémorragie cérébrale.

IV. — Le coït enfin, chez des sujets porteurs d'une lésion cardiaque, ou déjà hypertendus, en provoquant une hypertension brusque déclanche par distension du cœur, dilatation passive et stase sanguine une crise foudroyante de congestion pulmonaire.

V. — Au point de vue médico-légal, il importe de bien savoir que le coït, acte physiologique normal, peut devenir ainsi, chez des sujets d'apparence saine mais atteints d'un état antérieur déficient, une cause favorisante de mort subite. Celle-ci du fait même des circonstances particulières dans lesquelles elle s'est produite peut entraîner des suspicions et une enquête. L'autopsie lèvera les doutes en montrant des causes de mort naturelle.

Vu : *Le Doyen,*
ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse,*
BALTHAZARD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARAN. — *Des morts subites*. Thèse d'agrégation, 1853.
- BALTHAZARD. — *Mort par rupture de l'aorte*. Bull. Soc. Méd. légale, juillet 1922.
- BROUARDEL. — *Mort et mort subite*.
- CHARTRES, LUBET, DUBOURREAU. — *A propos de quelques cas de mort subite*. Marseille médical, 1924.
- CHAUFFARD. — *Les hypertendus ou les artérioscléreux*. Revue gén. de clin. et de thérap. Paris 1921.
- DERVIEUX. — *Un cas de mort à l'occasion du coït*. Ann. de méd. légale, Paris 1923.
- DERVIEUX. — *Le sperme dans l'urèthre des cadavres*. Ann. d'hygiène et de méd. lég., 1909.
- DURAND-FARDEL. — *Maladie des vieillards*, 1854.
- DUVOIR, PIÉDELIÈVRE. — *Les cardiopathies traumatiques*. Journal de Médecine, Paris 1922.
- GALLAVARDIN. — *Tension artérielle en clinique* (Masson, 2^e édt.).
- GLEYS. — *Traité de physiologie*.
- GOUTARD-BOUTIGNY (M^{me}), PIÉDELIÈVRE. — *Eclatement de l'aorte*. Annales de Méd. légale, 1924.

- BOUTIGNY (M^{me}). — *Mort subite par éclatement ou rupture de l'aorte*. Thèse; Paris 1923.
- GUMPRECHT. — *Mors praecox ex haemorrhagia cerebri post coitum*. Deutsche Medicinische Wochenschrift, 1899.
- HALLION. — *Acidents cérébraux des hypertendus et leur signification*. Revue pratique de biologie, Paris 1922.
- KOST. — *Mors subita*. Aertzliche Rundschau Munchen 1920.
- LATTES. — *Sulle cause occasionali di morti improvisa*. Arch. di antrop. crim. Torino 1912.
- LECLERCQ. — *Maladies de la cinquantaine*. Les angines de poitrine.
— *Notes sur l'hypertension artérielle*. Presse Médicale, Paris 1926.
- LETULLE. — *Mort par rupture de l'aorte*. Bull. soc. anat. décembre 1909.
- LIAN, FINOT. — *Hypertension artérielle*. Paris 1929. Flammarion, 3^e édit.
- LIPA-BEY. — *La Mort Douce*. Aertzliche Rundschau Munchen 1909.
- MENDELSON. — *Deutsche Medicinische. Wochenschrift*, 1896, p. 384.
- MOURGEON. — *Etude oscillométrique de la tension artérielle*. Thèse Paris, 1922.
- ROBERTSON. — *Sudden death from trivial causes*. Practitioner London 1923.
- SAHAZÈS. — *Hémorragies cérébrales et méningées*. Médecine pratique, 1924.

SCHEIEBR. — *Haemorrhagia cerebi post coitum*. Deutsche Medicinische Wochenschrift 1899.

TOURDES. — *La Mort subite*. Dictionnaire Encyclopédique Dechambre.

THOINOT. — *Précis de Médecine légale*.

VACQUEZ, DONZELOT. — *Crises d'hypertension artérielle paroxystique*. Presse Médicale, Paris 1926.

VACQUEZ, LECONTE. — *Le passé, le présent, l'avenir des hypertendus*. Paris Médical, 1921.

VERNET. — *Des causes de mort subite*. Thèse Paris, 1873.



